

第三者の行為による傷病届

区分	本人 家族	すべての事故について提出して下さい。 (該当文字を○で囲み、必要事項は記入して下さい。)									
被保険者の	1 保険証記号番号	記号		番号							
	2 氏名・印 生年月日						印	才	性別	男・女	
	3 現住所	〒 -									
	4 勤務事業所名	Tel									
被害者が家族の時	5 被扶養者氏名 生年月日						性別	男・女	続柄		
	6 氏名						生年月日	M・T・S・H	年	月	日
加害者(第三者)	7 現住所	〒 -									
	8 勤務先名称	Tel									
	9 勤務先所在地	〒 -									
加害者の住所 氏名が不明の時	10 その理由										
事故内容	11 発生年月日	平成	年	月	日	午前・午後	時	分	頃		
	12 発生場所										
	13 傷病名										
	14 種別	①自動車事故 ②バイク事故 ③自転車事故 ④殴打事故 ⑤刺傷事故 ⑥その他()									
	15 事故の結果	①即死 ②入院直後の死亡 ③入院中の死亡 ④治療 (死亡年月日:平成 年 月 日)									
	16 警察官の立会い	①あった ②ない ③ないが提出済み ④わからない									

17 事故の発生状況 〔加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動及び被害者の行動をわかりやすく、詳しく記入して下さい。〕

18 事故現場の見取り図 〔事故が発生した場所の見取り図を記載し、被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい。〕

添付書類

1. 事故証明書の写し(交通事故の場合のみ)
2. 戸籍謄本の写し及び死亡診断書の写し(死亡の場合のみ)
3. 示談書の写し(示談をしている場合のみ)
4. 念書

受付日付印

加害者の 自動車保険 加入状況	19 責任保険加入の有無	①ある ②ない	20 保険契約期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	治療状況	41 後遺症	①ある ②ある見込 ③ない ④ない見込			
	21 保険証券番号	第 号	22 契約者氏名			42 治療見込	平成 年 月 日 から 約 日間 ヶ月			
	23 契約保険会社	名称				43 治療費 (含入院費)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 円			
		所在地	Tel				44 休業補償費	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 日 額 円 計 円		
	24 任意保険加入の有無	①ある ②ない	25 保険契約期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		損害賠償請求 及び支払状況 第三者(加害者)から損害賠償を受けたとき		加害者直接賠償及び保険会社からの賠償金の内訳	45 看護料	日分 円
	26 保険証券番号	第 号	27 契約者氏名				46 葬祭料		円	
28 契約保険会社	名称				47 慰謝料		円			
	所在地	Tel			48 見舞金		円			
示談状況	29 示談成立	平成 年 月 日	33 未成立 又は放棄 の理由		49 障害補償費		円			
	30 交渉中	平成 年 月 日 現在			50 その他		円			
	31 成立していない	平成 年 月 日 現在			51 合計	円				
	32 請求権の放棄	平成 年 月 日 現在			52 全額	円				
治療状況	34 医師の治療	受けた ・ 受けない			53 分割払いの場合 全()回払	1回	平成 年 月 日 受領 円			
	35 傷病名					2回	平成 年 月 日 受領 円			
	36 医療機関	名称				3回	平成 年 月 日 受領 円			
		所在地	Tel			4回	平成 年 月 日 受領 円			
治療状況	37 治療開始	平成 年 月 日 入院 ・ 通院			備考					
	38 傷病の結果	平成 年 月 日 現在								
		①入院中 ②通院中 ③治癒 ④中止								
	39 入院治療期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間								
40 通院治療期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間									

不二サッシ健康保険組合理事長 殿

念 書

被害者氏名		続柄	
加害者氏名		事故発生日	平成 年 月 日
加害者住所	〒 — TEL	発生場所	

上記事故により被った傷病について、健康保険被保険者証にて治療を受けております。

よって私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法第57条(損害賠償請求権の代位取得)の規定によって組合が支払った価額(治療費等)の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することの異議のない事を、ここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けた時は受領年月日、内容、金額等をもれなく、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
4. 上記誓約事項を守らず示談し、賠償額を受け取った場合は、組合が支払った額(治療費等)を返還します。
5. 損害賠償請求のため、レセプト(診療報酬明細書の写し)を損害保険会社に提出することに同意します。

平成 年 月 日

被保険者証 記号 番号

被保険者氏名 ⑩

被保険者住所

電話番号

①被保険者控(必ず保存)

不二サッシ健康保険組合理事長 殿

念 書

被害者氏名		続柄	
加害者氏名		事故発生日	平成 年 月 日
加害者住所	〒 — TEL	発生場所	

上記事故により被った傷病について、健康保険被保険者証にて治療を受けております。

よって私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法第57条(損害賠償請求権の代位取得)の規定によって組合が支払った価額(治療費等)の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに異議のない事を、ここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けた時は受領年月日、内容、金額等をもれなく、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
4. 上記誓約事項を守らず示談し、賠償額を受け取った場合は、組合が支払った額(治療費等)を返還します。
5. 損害賠償請求のため、レセプト(診療報酬明細書の写し)を損害保険会社に提出することに同意します。

平成 年 月 日

被保険者証 記号 番号

被保険者氏名 ⑧

被保険者住所

電話番号